


Ase, Ivan;Burijovich, Jacinta

La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?

Salud Colectiva, Vol. 5, Núm. 1, enero-abril, 2009, pp. 27-47
Universidad Nacional de Lanús
Argentina



Salud Colectiva
ISSN (Versión impresa): 1669-2381
revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar
Universidad Nacional de Lanús
Argentina

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril, 2009

La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?

The Primary Health Care strategy: progressiveness or retrogressiveness in the health rights?

Ivan Ase[1], Jacinta Burijovich[2]

[1]*Médico. Magíster en Administración Pública. Docente e Investigador del Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública (IIFAP), Universidad Nacional de Córdoba. Docente de la Licenciatura en Ciencias Políticas, Universidad Nacional de Río Cuarto. Argentina. ivanase@ciudad.com.ar*

[2]*Licenciada en Psicología. Magíster en Administración Pública. Docente e Investigadora del Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública (IIFAP), Universidad Nacional de Córdoba. Docente de la Licenciatura en Ciencias Políticas de la Universidad Nacional de Río Cuarto. Argentina. jaschele@arnet.com.ar*

RESUMEN En los últimos treinta años, la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) se convirtió en la política con mayor nivel de consenso a nivel internacional en orden a garantizar el derecho a la salud. Sin embargo, su implementación ha estado llena de dificultades, entre las cuales se destacan los diferentes significados que fue adquiriendo la estrategia con el transcurso del tiempo, al punto de perder su sentido original. En la actualidad, el enfoque de derechos en el campo de las políticas públicas, basado en la normativa internacional sobre derechos sociales, pretende devolverle a la estrategia de APS su inicial sentido garantista del derecho a la salud.
En el presente trabajo se analizarán las tensiones existentes entre APS y derecho a la salud a partir del estudio de la reciente legislación sanitaria elaborada en la provincia de Córdoba (Argentina), señalando el sentido regresivo de la misma. Finalmente se señalarán las capacidades institucionales que el Estado necesariamente debe desarrollar con el objetivo de implementar una política de APS con enfoque de derechos.
PALABRAS CLAVE Atención Primaria de Salud; Derecho a la Salud; Legislación Sanitaria; Argentina.

ABSTRACT *Over the past thirty years, the Primary Health Care (PHC) strategy became the policy with the highest level of consensus at the international level in order to guarantee the right to health. However, its implementation has been fraught with difficulties, among which stands out the different meanings that the strategy was acquiring over time, to the point of losing its original one. At present, the approach of rights in the field of public policies, based on the international standard on social rights, seeks to recover the initial commitment of the PHC with securing the right to health.*
In this paper, we will discuss the tensions between PHC and the right to health from the study of recent sanitary legislation drafted in the province of Cordoba (Argentina), noting its retrogressive nature. Finally, we will point out the institutional capabilities that the state must necessarily develop in order to implement a PHC policy focused on rights.
KEY WORDS *Primary Health Care; Health Rights; Legislation, Health; Argentina.*

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril, 2009

INTRODUCCIÓN

La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) se ha transformado, desde que fue propuesta en 1978, en la política con mayor nivel de consenso a nivel global entre los actores del sector salud en pos de garantizar el derecho universal a la salud. Sin embargo, a la hora de implementar a la misma este consenso se diluye y aparecen diferencias sustanciales.

Así, la mayoría de los países latinoamericanos, en el marco de programas de ajuste estructural, renunciaron a los principios universalistas e igualitaristas propios de la propuesta teórica original y han implementado políticas de APS con una concepción selectiva y focalizada en los grupos poblacionales más desprotegidos, operativizada mediante la definición de una canasta básica de prestaciones en el primer nivel de atención pero sin integración con los niveles de mayor complejidad asistencial.

Esta concepción restringida de la APS, más los complejos procesos de formulación e implementación de políticas, han producido importantes desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios y en la garantía del derecho a la salud.

Recientemente se observa un movimiento de renovación de la APS, impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), como estrategia para alcanzar los Objetivos del Milenio acordados en las Naciones Unidas (1) y caracterizado por el fuerte sesgo prescriptivo habitual en estas organizaciones sanitarias internacionales. Así, en el 2005 se divulgó el documento "Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas" (2). Según el mismo, la renovación de la APS implica su actualización en su concepción más integral. Sin embargo, su implementación depende de diferentes factores ligados a procesos políticos e institucionales, a la concepción que finalmente adopten los gobiernos, al marco en el que se formulan las políticas de salud y al entramado institucional con el que cada país traduce los enunciados de la APS en prácticas concretas.

El presente artículo tiene por objetivo poner en discusión las transformaciones conceptuales sufridas por el concepto de APS en los últimos 30 años y su vinculación actual con el enfoque de derechos en el campo de las políticas públicas. Para tal fin se caracterizará, en primer lugar, el enfoque de derechos en el campo de la salud, tratando de identificar los aspectos que desde esta perspectiva producen sinergias con una formulación integral de políticas de APS. En un segundo momento, se analizarán las diferentes concepciones de APS con la intención de mostrar las tensiones existentes entre el paradigma de una APS selectiva y la citada perspectiva de derechos. En tercer lugar, se abordará la problemática anterior a través del análisis de un caso particular. En este sentido, se tomará la nueva legislación sanitaria producida en los últimos diez años en la provincia de Córdoba (Argentina), a fin de evidenciar las contradicciones existentes entre ésta y una concepción integral de la APS involucrada con una definición garantista del derecho a la salud.

El trabajo concluye presentando una reflexión sobre las características que debería asumir una APS con enfoque de derechos en el campo de las políticas públicas y sobre las necesarias capacidades institucionales que el Estado tendría que desarrollar a los fines de su implementación.

EL ENFOQUE DE DERECHOS EN SALUD

Durante los años '90 predominó en el diseño y ejecución de las políticas sociales un modelo minimalista en lo social. En las políticas de salud este modelo significó la definición de una canasta básica de prestaciones y la orientación de los recursos del Estado solo hacia los grupos más desfavorecidos.

Como respuesta a este modelo, y aún antes, diversos actores han sostenido el discurso del derecho a la salud. Sin embargo, esta invocación ha sido poco operacionalizada y, por lo general, se ha contado con escasos elementos para impulsar un debate sobre la elaboración de una política de salud con enfoque de derechos humanos.

De esta manera, los derechos humanos en este campo aparecían más como un discurso ético y moral que como una propuesta para la formulación de políticas, la construcción de

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril, 2009

herramientas concretas de gestión y el desarrollo de modelos de atención que permitieran cumplir con el compromiso estatal del derecho a la salud.

En los últimos años, los principios, reglas y estándares que componen el derecho internacional de los derechos humanos ha fijado no solo las obligaciones negativas sino también, y de manera muy precisa, cuáles son las obligaciones positivas del Estado.

Esto significa que ha definido no solo aquello que el Estado no debe hacer, a fin de evitar violaciones, sino también aquello que debe hacer en orden a lograr la plena realización de todos los derechos, en especial, los económicos, sociales y culturales (3). En el campo de la salud, se ha definido este derecho como el derecho a un sistema de salud eficaz e integrado, accesible para todos (4) que incluye:

→ La atención de la salud dando respuesta a las prioridades nacionales y locales.
→ La transformación de los determinantes subyacentes de la salud tales como el saneamiento adecuado, el agua potable y la educación en materia de salud.
→ La garantía de accesibilidad para todos: ricos y pobres, grupos étnicos minoritarios y mayoritarios, los que viven en zonas urbanas y zonas rurales y las comunidades desfavorecidas.
→ La participación inclusiva, documentada y activa de la comunidad como un elemento esencial del derecho a la salud.
→ La elaboración de un plan integral y no un montón de intervenciones verticales poco coordinadas para las diversas enfermedades.

La perspectiva de derechos en salud se refiere a que éste es un componente inalienable de la dignidad humana y se trata de un bien en sí mismo, que no requiere justificación; es decir, todas las personas, por el hecho de existir, tienen derecho a la salud.

Los tratados internacionales brindan un marco normativo para que los diferentes actores locales y nacionales se articulen en torno al diseño de las estrategias de salud. De esta manera, los derechos humanos actúan como un programa que puede guiar u orientar las políticas públicas de los Estados.

La idea esencial tras la adopción de un enfoque de derechos humanos es que las políticas e instituciones que tienen por finalidad impulsar estrategias de salud se deben basar explícitamente en las normas y principios establecidos en el derecho internacional sobre derechos humanos (5).

Esta perspectiva genera obligaciones y responsabilidades para los Estados, que tienen que incluir en su marco jurídico y normativo la obligación de respetar, proteger, promover, facilitar y proveer el acceso universal a la salud, así como garantizar que las personas, sin ningún tipo de discriminación, hagan uso de su derecho a la salud.

Para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (6), el derecho a la salud abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, dependiendo de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

→ Disponibilidad: cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas.
→ Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: 1) no discriminación; 2) accesibilidad física; 3) accesibilidad económica; 4) acceso a la información.
→ Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.
→ Calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Conscientes de las limitaciones reales de recursos que afectan a la realización plena del derecho a la salud, se plantean obligaciones básicas (niveles esenciales) en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (7). Entre esas obligaciones básicas figuran las siguientes:

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril, 2009

→ Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados.
→ Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre.
→ Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable.
→ Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS.
→ Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud.
→ Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población.
→ Establecer un núcleo básico de oferta de servicios de salud dentro del cumplimiento del PIDESC, por cuanto cada derecho debe dar lugar a un derecho mínimo absoluto, en ausencia del cual debe considerarse que un Estado Parte (del Pacto) violó sus obligaciones.

Existe un amplio reconocimiento de que el ejercicio del derecho a la salud implica también que otros derechos estén garantizados. Es decir, junto con el ejercicio del derecho a la salud se deberá tener el derecho a la libertad de elección, el derecho a la identidad cultural, el derecho a la participación en el diseño, ejecución y fiscalización de las políticas públicas, entre otros. Esta visión de integralidad de los derechos estuvo presente durante todo el proceso en el que se redactó y aprobó la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 (8). Un paso importante se dio con la Declaración de Viena de 1993 (9), que afirmó la igualdad en importancia de todos los derechos humanos, declarando que eran universales, indivisibles e interdependientes.

Estos nuevos mandatos dirigidos al Estado no solo determinan que éste sea objeto de demandas concretas y específicas, sino también hacen punibles sus deficiencias, dado que se empieza a reconocer que los problemas relacionados con las políticas públicas conllevan perjuicios para las personas y la población. Este reconocimiento establece nuevas relaciones de poder: desde esta perspectiva, todas las personas deben contar con garantías que las posicionan de manera distinta respecto a quienes controlan el Estado.

Una de las obligaciones que adquieren los Estados en materia de derechos sociales es la de garantizar contenidos básicos de los mismos. El Estado se compromete a cumplir con el nivel esencial de cada uno de los derechos reconocidos y no restringirlos, cualquiera sea la situación por la cual se esté atravesando. No puede excusarse en la falta de recursos y solo aparece como un piso a partir del cual se va desarrollando el más alto nivel de satisfacción de los mismos.

Se relacionan con el punto anterior, dos principios centrales que conforman el enfoque de derechos: la realización progresiva y la prohibición de regresividad. El enfoque de derechos considera las limitaciones de recursos y propone una realización progresiva y gradual de los derechos a través del tiempo. También establece prioridades entre los derechos tomando en cuenta que no todos pueden asegurarse. Esta gradualidad debe darse bajo ciertas condiciones:

1. Con los recursos existentes, se debe dar inmediato cumplimiento a las obligaciones a respetar. En las obligaciones de proteger y cumplir que implican recursos se debe garantizar su uso más eficiente.
2. Si los derechos se van a cumplir de manera gradual, debe establecerse un plan de acción y, por lo tanto, fijar plazos y metas para medir sus avances en el corto y mediano plazo.
3. Definir un contenido esencial no excluye la prohibición de regresividad. Si un país ha garantizado determinados contenidos solo le está permitido avanzar hacia sus mejoras.

La prohibición de regresividad (o prohibición de retroceso) en su interpretación normativa significa que cuando se modifica o sustituye una norma anterior por una posterior, ésta no puede limitar o restringir derechos o beneficios concedidos (10).

La exigencia de respetar un contenido mínimo de cada derecho se complementa con la

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril, 2009

obligación que posee el Estado de utilizar, para la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, el máximo de los recursos disponibles (7). Así, el derecho internacional reconoce la imposibilidad, por parte del Estado, de satisfacer de manera inmediata y en toda su extensión todos los elementos que integran el contenido de los derechos económicos, sociales y culturales. Sin embargo, está obligado a establecer un plan de acción progresivo y gradual.

El análisis de la realización del derecho a la salud podría ordenarse en tres grandes áreas:

→ *El más alto nivel de salud alcanzable*. En ésta se considera el análisis de los avances en términos de resultados que se expresan en la población: los avances y problemas en relación con la mortalidad, la enfermedad y la discapacidad, las variables demográficas, la salud reproductiva, los estilos de vida. De esta área se obtienen los resultados e indicadores que podrán dar cuenta de la situación de los grupos más vulnerables o de aquellos que sufren mayor discriminación.

→ *La organización del Estado para atender sus obligaciones*. En este punto se pueden identificar las acciones del Estado, qué viene haciendo y cómo lo viene haciendo para responder al ejercicio pleno de los derechos de sus ciudadanas y ciudadanos. En esta área se analiza tanto el acceso a los sistemas de salud que ofrecen prevención, curación, rehabilitación y acompañamiento a las personas y comunidades que tienen problemas de salud, la orientación de los recursos socioeconómicos, así como el desarrollo y la aplicación de las políticas y los programas públicos.

→ *La existencia de un entorno político, social y ambiental*. Se refiere al conjunto de políticas gubernamentales que, finalmente, garantizan el ejercicio del derecho a la salud dentro de la visión de integralidad, es decir, la imposibilidad de gozar de un derecho si no están satisfechos los otros.

Un derecho que no cuente con mecanismos que hagan posible su ejercicio y exigible su protección es un derecho incompleto. La primera aproximación para evaluar la relación vinculante entre los derechos humanos y la salud consiste en observar el grado en que la legislación nacional y provincial se adecúa a la normativa internacional de los derechos humanos en el terreno de la salud, así como en sus múltiples interacciones.

Tal como se puede analizar por los mandatos establecidos, las normativas nacionales no solo deben incluir obligaciones positivas, sino también procedimentales, que entre otros aspectos incluyen mecanismos para garantizar la efectividad del derecho a la salud.

También se considera dentro de éstos, a los mecanismos de información y de rendición de cuentas que el sistema de Naciones Unidas utiliza para obligar a los Estados.

La segunda aproximación, corresponde al monitoreo de indicadores, particularmente aquellos de carácter epidemiológico. Hay monitoreos especiales a nivel mundial que realizan la OMS y Unicef. Estos monitoreos sirven para establecer estándares que permiten identificar grados de desarrollo humano, como aquellos que son realizados por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), entre otros.

La tercera aproximación está brindada por la sociedad civil, que debe jugar el rol de ciudadanía vigilante, fundamental para que se cumplan las políticas del Estado. Sus acciones pueden estar dirigidas a la promoción y a la incidencia, tendientes a la inclusión de normativas que aún no han sido desarrolladas, pero que están contempladas en la jurisprudencia internacional, así como a recoger las denuncias de casos específicos de violaciones a los derechos humanos.

En síntesis, ¿cuáles han sido los aportes del enfoque de derechos?

1. *Derechos mínimos dirigidos hacia la población pobre vs. derechos universales*. Según el enfoque de derechos, los derechos sociales, y entre ellos el derecho a la salud, son universales. La canasta básica de servicios se asocia con lecturas minimalistas de los derechos sociales. Sin embargo, el enfoque de derechos cuando garantiza contenidos mínimos esenciales no los considera un techo, sino tan solo un piso a partir del cual se va desarrollando progresivamente el más alto nivel de satisfacción del mismo. Por lo tanto, el Estado debe

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril, 2009

garantizar el más alto estándar posible de salud física y mental.

2. *Visión sectorial o intersectorial de las políticas de salud*. La visión sectorial de las políticas de salud limita la aplicación del enfoque de derechos. Esta visión no permite tener una mirada integral de los problemas sociales. La perspectiva de derechos ha promovido un gran avance al desarrollar las características de los derechos humanos desde el enfoque de la integralidad, la interdependencia y la indivisibilidad de los mismos.
3. *Visión biologista o integral de la salud*. Un análisis no unilateral y comprensivo en el campo de la salud es capaz de relacionar los determinantes sociales, políticos y económicos que interfieren en el funcionamiento de la salud.
4. *Mayor bienestar posible implica el máximo de recursos disponibles*. En este enfoque, una obligación de los Estados es usar el máximo de recursos disponibles. En el campo de la salud, ésta es una limitación permanente que argumentan quienes formulan las políticas. La perspectiva de derechos en este terreno aporta un criterio de evaluación esencial, que consiste en determinar si se están usando el máximo de los recursos. Un elemento importante de esta perspectiva es que obliga al Estado a ser transparente en el manejo de los recursos y aporta armas a la ciudadanía para exigir que se atienda progresivamente su derecho a la salud.
5. *Relaciones asimétricas vs. relaciones democráticas*. Múltiples estudios denuncian violaciones de los derechos humanos referidos al trato que le confiere el sistema de salud a la población. Este trato que debería ser digno y respetuoso tiene la característica de ser un trato autoritario, asimétrico y paternalista. Garantizar la admisión voluntaria, la privacidad, el derecho a recibir atención en la comunidad, a autorizar cualquier tratamiento sobre la base de información previa y a recurrir a un tribunal independiente e imparcial que determine los resarcimientos a los eventuales daños producidos por los sistemas de salud podría producir cambios en estas relaciones promoviendo un trato menos asimétrico y más democrático.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: UN CONCEPTO EN DEBATE

La estrategia de APS ha generado una enorme cantidad de debates desde su aparición allá a mediados de la década del '70. Los mismos giraron en torno, no solo a las posibilidades reales de su implementación, sino también a las transformaciones de su significado.

La ambigüedad de sus postulados iniciales, que posibilitó la adhesión de una enorme cantidad de países sumamente heterogéneos entre sí, sumada a la magnitud de los objetivos propuestos, fueron fuentes de estas discusiones. Así, la estrategia de APS apareció originalmente como conceptualmente contradictoria pero, además, fue atravesada por todas las transformaciones sufridas por nuestras sociedades en los últimos 30 años. Por lo tanto y en función de lo anterior, es posible precisar un recorrido que dé cuenta de la evolución y transformaciones del concepto.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: LA VISIÓN DE ALMA ATA

En este sentido, y haciendo la historia del concepto, en la Asamblea General de la OMS de 1977, se plantea la necesidad, transformada luego casi en una consigna institucional, de garantizar la "Salud para todos en el año 2000". Durante el año 1978, en la reunión llevada a cabo en Alma Ata, quedó establecido que para el logro de esta meta era necesaria una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como Atención Primaria de la Salud (APS), estrategia a la que adhirió el Estado argentino.

Esta propuesta, más allá de las particularidades nacionales, surge y es aceptada universalmente en función de un diagnóstico global que alertaba sobre la gran desigualdad existente en la condición de la salud de las personas, especialmente entre los países desarrollados y en desarrollo, pero también dentro de cada nación (11).

La misma es producto, no solo del dispar desarrollo económico entre los países o entre los diversos grupos sociales al interior de un mismo país, sino también de la crisis de los sistemas o modelos de atención médica.

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril, 2009

Así, a partir del reconocimiento universal de la salud como derecho y objetivo social, y en el convencimiento de que a la misma debe llegarse de forma contextualizada, es decir, considerando las condiciones concretas de existencia de cada región, los organismos sanitarios internacionales proponen la estrategia de APS como el instrumento idóneo para transformar los sistemas de salud y mejorar las condiciones de salud generales.

De esta manera, la Declaración de Alma Ata define a la APS como el cuidado esencial de la salud en base a métodos científicos y socialmente aceptables y a tecnologías universalmente accesibles a toda persona y familia de la comunidad a través de una participación plena y de unos costos que estén al alcance de la Nación y la comunidad, para que mantengan en todas las etapas de su desarrollo el espíritu de autonomía e independencia. Constituye una parte integral del sistema sanitario del país, siendo su función central y principal objetivo, el progreso general social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de la persona, la familia y la comunidad con el sistema sanitario nacional, que lleva los servicios de salud lo más cerca que sea posible de los lugares en que viven y trabajan las personas y constituye el primer elemento del proceso constante del cuidado de la salud.

Algunas características de la APS según la Declaración serían:

1) se origina y evoluciona a partir de las condiciones económicas, socioculturales y políticas de cada país;
2) trata los principales problemas sanitarios de la comunidad, proporcionando servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación;
3) incluye a todos los demás sectores y aspectos relacionados con el desarrollo nacional y comunitario;
4) requiere y promueve la máxima autonomía comunitaria e individual y la participación en la planificación, ejecución, control y evaluación de los programas sanitarios;
5) debe estar apoyada por sistemas de referencia funcionales y de colaboración recíproca;
6) en los niveles locales está apoyada por trabajadores de la salud, incluyendo, entre ellos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, obstetras y agentes sanitarios como también los agentes tradicionales, con capacitación social y técnica para trabajar en equipos y para responder a las necesidades sanitarias expresas de la comunidad.

Entonces, teniendo todo lo anterior como premisa, la APS –para alcanzar la meta de "salud para todos"– auspicia una necesaria readecuación y reorganización de los recursos físicos, materiales y humanos, de tal forma que funcionen por niveles ascendentes de complejidad creciente. Esto hace necesario que nos detengamos en el análisis del concepto de niveles de atención.

La expresión "niveles de atención" se refiere a una forma escalonada de organización y prestación de los servicios de salud para lograr un equilibrio en su cantidad y variedad disponibles para satisfacer las necesidades de la población. Implica una asignación racional de los recursos que permita a todos acceder a los servicios de promoción, protección, curación y rehabilitación, es decir, accesibilidad a la atención de la salud oportuna, igualitaria e integral, lograda a través de una mayor eficiencia en el uso y distribución de los recursos. En este concepto se identifican dos elementos:

a) una necesidad de atención (individual, familiar o comunitaria);
b) una respuesta: oferta de servicios de mayor o menor complejidad y de una considerable variabilidad.

Así, el concepto de niveles de atención se basa en el análisis epidemiológico de los problemas de salud, la consideración de los recursos tecnológicos y de la relación entre complejidad y frecuencia (problemas complejos requieren respuestas complejas, problemas frecuentes requieren respuestas menos complejas).

De esta forma, un sistema conformado por distintos niveles de atención queda constituido de la siguiente manera:

1. El primer nivel de atención se refiere a las acciones más elementales o básicas del sistema.
2. El segundo y tercer nivel de atención se refieren a agrupaciones de respuestas de diferente grado de complejidad y especialización ascendente que actúan sobre la base de referencia detectada en el primer nivel de atención.

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril, 2009

De este enfoque surge la referencia a los niveles como una categorización de servicios que se complementan y articulan entre sí, y permite intentar cubrir la atención de todas las necesidades de la comunidad. Los niveles de atención son, en síntesis, planos o instancias tecnológicas para la atención de los problemas de salud, que se distinguen entre sí por la combinación de contenidos.

Aquí es necesario hacer referencia a otro concepto ligado al de niveles de atención: el de tecnología apropiada. Aceptando como definición de tecnología a las diferentes formas de actuar sobre la realidad para modificarla con un objetivo determinado, a través de la utilización del conocimiento científico o empírico, podemos afirmar que una tecnología es considerada apropiada, en el marco de la APS, cuando constituye una solución efectiva, cuando es eficiente en términos de costo de los recursos utilizados y del beneficio obtenido, y es aceptable para el individuo, la familia o la población. Así, la organización de los servicios de salud según estos criterios constituye un enfoque integrador que exige un esfuerzo de ordenamiento de los recursos.

En este contexto, tiene una trascendencia particular la organización apropiada del primer nivel de atención, que satisface las necesidades más frecuentes de la población y asegura la iniciación y continuación del proceso asistencial. El primer nivel de atención no es sinónimo de APS, pero su desarrollo condiciona la conformación y organización de los otros niveles.

Además, hay que resaltar que, a muy poco de lanzada la propuesta, se indica que la implementación de la estrategia se debía realizar a nivel local. La OMS plantea, desde el año 1988, que con el objetivo de lograr este propósito, se hacía necesaria la creación de una táctica operacional: los Sistemas Locales de Salud (SILOS) (12).

Finalmente, se hace necesario puntualizar los principios que, según la Declaración inicial, deberían sostener los sistemas de salud nacionales para poder cumplir con los objetivos propuestos. Estos son: integralidad, flexibilidad, universalidad, racionalidad tecnológica, regionalización, descentralización, intersectorialidad, interjurisdiccionalidad, participación social, interdisciplinariedad y capacitación permanente.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD Y FOCALIZACIÓN

Al iniciar este apartado es necesario afirmar que el pasaje de la formulación teórico-ideológica a la implementación política de la estrategia de APS no ha sido sencillo.

Desde la Declaración de Alma Ata no han sido pocas las resistencias y obstáculos que ha encontrado la APS, lo que se ha traducido en que los resultados obtenidos por ella en los distintos países han sido disímiles y en que la meta de "Salud para todos en el año 2000" siga siendo tan lejana como entonces.

La falta de decisión política, los costos excesivos, la dificultad para producir cambios institucionales, la imposibilidad de disciplinar a todos los actores del sector salud en torno a un sistema único articulado por una estrategia única, fueron algunos de los factores que obstaculizaron, particularmente en América Latina, la puesta en marcha de una APS integral como lo propiciaba OPS-OMS.

A esto debe sumarse que, a partir de los inicios de la década del '80, comienza a hacerse dominante en el mundo la perspectiva neoliberal en relación al rol del Estado y de sus políticas sociales. En este contexto, pensar la política de salud en términos de sistemas nacionales, en donde el Estado asume un rol preponderante y cuyas políticas de carácter universal tienden a alcanzar una cobertura del 100% de la población como lo propone la estrategia de APS, se transforma en una visión de la política sanitaria carente del consenso social y político necesario para su implementación.

Desde ese marco se desarrolla un intenso debate en torno a la supuesta inviabilidad política de la estrategia de APS, tal como fue propuesta inicialmente, y a la necesidad de su reconceptualización. De esta forma el término APS deja de tener un único significado. En la actualidad, bajo el mismo rótulo, se esconden diversas maneras de entender la APS: como una estrategia, como un nivel de atención, como un programa específico (13).

Autores como Mario Testa (14) alertaron sobre el hecho de que en América Latina en contextos de ajuste y ante las dificultades políticas y económicas para instrumentar la APS tal

como estaba planteada en términos teóricos, corría el riesgo de convertirse en una política estatal diferenciada, dirigida a los más pobres y cuyo único objetivo era reducir el gasto en salud.

Así, programas de APS absolutamente aislados del resto del sistema de salud, sin conexión alguna con la red sanitaria pública, convierten a esta estrategia en una atención médica de segunda categoría. La atención primaria deviene en "*atención primitiva de la salud*" (14).

Todo esto fue motivo para que a nivel internacional se empezara a generar un importante nivel de consenso en torno a la necesidad de reformular el concepto de APS. La inviabilidad de la propuesta de APS integral y los riesgos de hacerlo de una manera deficitaria e incompleta, eran razones suficientes que justificaban una redefinición de la misma que permitiera utilizar eficientemente los escasos recursos existentes.

Se empieza a plantear la necesidad de una atención primaria selectiva. Es decir, que concentre todos sus esfuerzos en algunas intervenciones, dirigidas a grupos de población precisos y en donde se maximiza la eficiencia en el uso de los recursos.

Los primeros en plantearlo fueron Walsh y Warren (15) en 1979, quienes propusieron una metodología que diera prioridad a ciertas enfermedades de conformidad con: 1) la prevalencia, 2) grado de morbilidad o incapacidad que causan, 3) tasa de mortalidad y 4) viabilidad y eficacia de las medidas de lucha y los costos de intervención.

Debería centrarse en los niños menores de tres años y las mujeres en edad de concebir, y debería resultar en una disminución de la tasa de mortalidad en cualquier zona en que se aplicara correctamente. Agregan que sería un método de intervención poco oneroso y de probada eficacia, una manera provisional de mejorar la salud del mayor número de personas posible hasta que se pueda poner a disposición de todos, un sistema de APS integral.

Boland y Young (16) también preconizan el método selectivo ya que los gobiernos de los países en desarrollo no han logrado acumular el poder necesario para sortear la oposición de diversos sectores, particularmente médicos, a la implementación de la APS integral. La imposibilidad de que las estructuras políticas cambien en un futuro próximo, sumado al elevado costo que implica la puesta en marcha de la APS integral, son motivos suficientes para que estos autores propicien un método más selectivo.

En 1982, Unicef aprobó el método selectivo y presentó un proyecto de atención primaria llamado GOBI-FF (17), dirigido a niños y mujeres embarazadas que consiste en:

G. *Growth monitoring*: utilización a gran escala de gráficos de crecimiento para vigilar el desarrollo de los niños.
O. *Oral rehydration*: disponibilidad amplia de sales de rehidratación oral.
B. *Breast-feeding*: fomento de la lactancia natural.
I. *Immunization*: inmunización de todos los niños contra el sarampión, difteria, tos ferina, tétanos, tuberculosis y poliomielitis.
F. *Food supplements*: suplementos alimentarios para mujeres embarazadas y niños de corta edad.
F. *Family spacing*: planificación de la familia, énfasis en el espaciamiento de los embarazos.

Este programa fue elaborado con el único objetivo de hacer frente a los problemas más urgentes relacionados con altas tasas de mortalidad (18).

Por su parte, Kadt y Tasca (19) sostienen que programas focalizados del tipo de la APS selectiva son los instrumentos más adecuados para garantizar la eficiencia en el gasto y la equidad en la asignación de los recursos. Sin embargo, estos autores alertan sobre los peligros de abandonar las políticas integrales y continuas y sobre la necesidad de que los programas selectivos se inserten en un contexto de política más general orientado hacia la justicia social.

Finalmente hay que señalar que desde inicios de la década del '90 los organismos financieros internacionales –en particular el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM)– han promocionado a la APS como estrategia de reforma y fortalecimiento de los sistemas de salud regionales en un sentido claramente selectivo.

En este contexto, la APS pasó a ser sinónimo de programas sanitarios compensatorios o de emergencia destinados a los llamados "grupos vulnerables" de la población. La APS se transformó en

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril, 2009

una herramienta central en los programas de atención a la pobreza extrema. Un ejemplo claro de un modelo de política social, en donde ésta se limita a cumplir la función de una "ambulancia" que recoge los heridos que deja la política económica.

Pues bien, al repasar lo anterior, la llamada atención primaria selectiva implica importantes cambios en relación al concepto original de APS. En nombre de la eficiencia y la obtención de rápidos resultados sanitarios, se renuncia al principio de integralidad. El enfoque multicausal y de largo plazo en salud es reemplazado por un enfoque de problemas (patologías) concretado en una yuxtaposición de programas restringidos, verticales y de corto plazo.

Así, es cierto que los esfuerzos que se centran en salvar vidas infantiles sin combatir adecuadamente las causas de su pobreza y desnutrición pueden conseguir descensos en la mortalidad, pero pueden también aumentar los problemas en el mediano y largo plazo. Los altos niveles de hambre y enfermedad significan que la calidad de vida de los niños es deplorable; y cuando los niños están hambrientos y enfermos, o los niveles de vida se deterioran, es poco probable que el progreso en el descenso de la mortalidad pueda ser sostenido. Casi nadie afirmaría que no deben salvarse vidas infantiles allí donde sea posible. Pero sobrevivir no es suficiente. La supervivencia de los niños es una parte integrante del desarrollo y no debería ser separada de él. Lo anterior nos permite concluir que seguir llamando APS a este modelo de intervenciones sanitarias selectivas, es al menos una exageración semántica. Esto es así, ya que este modelo selectivo en salud tiene un conjunto de puntos oscuros que deben ser considerados.

En primer lugar, como toda política de estas características apunta a los síntomas y no a las causas estructurales que originan los problemas. Así, a través de las intervenciones selectivas se plantea ejecutar programas específicos sin abordar la necesaria reorganización de los sistemas de salud tal como lo propicia la APS. Es decir, busca mejorar determinados indicadores sanitarios en base a acciones puntuales y no en función de un cambio sistémico de los servicios de salud.

Por otra parte, al ser el Estado quien define cuáles son los problemas específicos sobre los que se debe actuar, se reinstala el verticalismo y el paternalismo en la planificación sanitaria y se desincentiva la participación comunitaria en todo el proceso de la misma, temas ambos que intentaban ser superados con la propuesta de APS integral.

A su vez, el abandono del enfoque multicausal por un enfoque de problemas estimula la introducción de criterios de corto plazo, la búsqueda de la modificación de indicadores de manera inmediata a través de programas discontinuos y no integrales.

La evaluación de los indicadores que se realiza es distorsiva, no solo porque no incluye en el análisis los factores o tendencias que producen la modificación de los mismos en el largo plazo, sino también porque se subordina el servicio al indicador que se desea modificar, cuando lo racional sería plantear que éste no es más que un resultado de aquél. Los servicios se borran en pos de resultados tangibles e inmediatos.

Por último no debemos olvidar la especificidad histórica y cultural de cada país, de la que la política sanitaria no es más que una dimensión, lo que hace imposible la aplicación universal de programas de acción sanitaria cuasi estandarizados, so riesgo de convertir a la atención primaria selectiva en una riesgosa ilusión tecnocrática (20).

LA EXPERIENCIA EUROPEA: APS COMO "PUERTA DE ENTRADA"

Un aporte interesante y de suma importancia al debate sobre los significados actuales de la APS es el que ofrece la investigación realizada en el marco del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud por el equipo integrado por R. Saltman, A. Rico y W. Boerma y que fue presentada bajo el sugestivo título: "¿Atención Primaria al volante? Reforma organizacional en la atención primaria europea" (21).

En el trabajo se afirma que entre quienes toman decisiones sanitarias en Europa existe un alto nivel de consenso sobre los objetivos que los sistemas de salud deben perseguir: acceso universal para todos los ciudadanos, cuidados eficaces que mejoren los resultados sanitarios, uso eficiente de los recursos, servicios de alta calidad y capaces de responder a las expectativas y preferencias de los pacientes.

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril, 2009

Sin embargo, de igual forma se afirma que este claro consenso solo se encuentra en el nivel más abstracto de la política. Los decisores han tenido dificultades para traducir estos objetivos en criterios organizacionales universales. Así, estos principios comunes han devenido en una diversidad de configuraciones de sistemas de salud a lo largo y ancho de Europa. Diversidad que en algunos casos alcanza a enfoques francamente contradictorios.

De esta forma, en varios países europeos, para alcanzar estos objetivos y terminar con las ineficiencias crónicas de los sistemas de salud, se implementaron experiencias consistentes en establecer, como puerta de entrada al sistema de servicios de salud, médicos generalistas a los que se responsabiliza por la autorización y coordinación de toda la atención necesaria ("*gatekeepers*").

En este sentido, la investigación realizada por el Observatorio Europeo sostiene que los sistemas de servicios de salud estudiados se ubican en un rango que va desde sistemas con una estrategia de "portero" amplia y con control del acceso a los especialistas y servicios de diagnóstico, hasta sistemas sin "filtros" con acceso directo a la atención de especialistas.

Entre las conclusiones del estudio se resalta que los sistemas de servicios con mayor posibilidad de elección y más rápido acceso a la atención de especialistas están a menudo asociados a la fragmentación y menor continuidad en la atención, más altos cobros a los usuarios y menores niveles de calidad y eficiencia.

Por el contrario, los sistemas con "porteros" (médicos de atención primaria) generalmente requieren delimitación de la población a cargo y restringen la elección del proveedor, pero tienen un enorme potencial para garantizar la continuidad de la atención y la coordinación de los servicios. En estos sistemas crece la posibilidad de evitar la duplicación, hacer un uso más eficiente de los recursos; además de existir una más clara división entre proveedores de atención primaria ("médico generalista", "médico de familia") y especialistas.

El texto presenta un interesante debate sobre las funciones propias de la APS más allá de las especialidades que las desarrollen, es decir, sobre el contenido del "*gatekeeping*". Así, establece que las mismas se refieren a: a) ser el primer punto de contacto del paciente con el sistema; b) clarificar la demanda; c) brindar información sobre la situación de salud del individuo que consulta; d) realizar procedimientos diagnósticos de baja complejidad; e) realizar tratamientos; f) coordinar con otras disciplinas; g) realizar tareas de prevención; y h) registrar la información en historias clínicas unificadas de manera de garantizar la coordinación y la continuidad de la atención prestada (21).

Finalmente, debe decirse que este trabajo, a pesar de definir las funciones de la atención primaria sin poner el énfasis sobre el lugar del sistema donde deben desarrollarse, al diferenciar entre atención primaria de atención especializada y/u hospitalaria, estaría restringiendo el concepto de atención primaria al de un nivel de atención de baja complejidad. No es inútil reiterar que para la formulación originaria, los niveles de mediana y alta complejidad también forman parte de la estrategia de APS.

El enfoque presentado por los autores estaría considerando que la Atención Primaria, al menos en su versión europea, se colocaría en un lugar intermedio entre la perspectiva integral inicial y la reconceptualización en clave neoliberal, propia de los procesos reformistas latinoamericanos. En todo caso, la metáfora que alude a la necesidad de poner al médico de atención primaria "al volante" de los sistemas de salud intenta resaltar la enorme potencialidad del mismo en cuanto coordinador y articulador de los diferentes efectores, al mismo tiempo que presupone que al existir un médico de atención primaria hay otros que no lo son.

APS: FRACASO Y RENOVACIÓN

Como hemos venido afirmando, la estrategia de APS, tal como fue planteada inicialmente no pudo ser implementada, tanto por razones imputables a las características del sector, como por razones externas al mismo. Esta evidencia generó que la APS haya sido redefinida y operacionalizada de las más diversas formas, pero siempre en un sentido contradictorio al del paradigma de Alma Ata.

El concepto de APS ha sido interpretado así, en los últimos 25 años, como prevención

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril, 2009

primaria sin atención, primer nivel de atención, puerta de entrada al sistema de salud, paquete básico de prestaciones para población vulnerable, atención para pobres, atención basada exclusivamente en la comunidad y atención primaria de baja sofisticación y calidad inferior.

Es en este marco en el que tanto la OMS como la OPS, a partir del año 2003, deciden iniciar un proceso de debate y reconceptualización que, partiendo del reconocimiento de los cambios sufridos por nuestras sociedades y Estados en las últimas dos décadas, apuesta a renovar el compromiso con los principios originales de la estrategia de APS. Este proceso culmina en la elaboración de un documento institucional en el que se invita al trabajo en el marco de una APS renovada (2).

A partir de este proceso, la OPS vuelve a insistir en la estrategia de APS desde una perspectiva integral, que atraviesa a la totalidad del sistema de salud y que se constituye en la manera más adecuada de garantizar el derecho a la salud de forma universal e igualitaria.

Así, la propuesta de una APS renovada estaría en línea con las críticas más consistentes que, durante los últimos años, se hicieron a la versión selectiva de la APS y a la apropiación que de ella hizo el discurso neoliberal en los procesos de reforma sectorial. En este sentido se define que la APS:

1) se dirige a toda la población, prioriza las intervenciones costo-efectivas para la población más vulnerable y organiza redes de atención primaria;
2) suministra un amplio rango de servicios y la mejor calidad de atención, basada en los recursos disponibles;
3) es un enfoque efectivo tanto para países desarrollados como en desarrollo;
4) contribuye a la igualdad en términos de indicadores de salud;
5) es menos costosa y más efectiva para los individuos y la sociedad;
6) libera recursos para los menos favorecidos.

Es decir, aunque en el planteo se reconoce la necesidad de direccionalizar recursos hacia los sectores más vulnerables, en ningún momento se considera a la estrategia como política o programa destinado a los pobres o complementaria de las visiones remercantilizadoras del sector salud.

INTEGRACIÓN DE LA APS CON EL ENFOQUE DE DERECHOS

Hemos venido afirmando hasta aquí que la APS no ha sido comprendida de manera uniforme y que una noción abarcadora de la APS sería compatible con el enfoque de derechos en políticas públicas al actuar como garantía de acceso al sistema de salud y asegurar la coordinación y continuidad del cuidado. Por otra parte, el valor del enfoque de derechos radica, principalmente, en la capacidad de guiar con estándares y principios consensuados internacionalmente la actuación de los Estados democráticos en situaciones concretas.

Existen múltiples restricciones para la formulación e implementación de políticas de APS con enfoque de derechos. Entre otras se pueden señalar: la heterogeneidad de las sociedades latinoamericanas que dificulta el establecimiento de un modelo universal de protección; la capacidad de presión diferenciada de los distintos actores frente al Estado que condiciona la orientación de las políticas; las culturas organizacionales predominantes; la persistencia de derechos sociales diferenciados con segmentación en el acceso y en la utilización de los servicios; las barreras culturales y la falta de comprensión de los individuos sobre el cuidado de su propia salud, lo que tiende a quitar la responsabilidad del Estado de todo aquello que le compete. Aun así, es posible alentar el encuentro entre una concepción integral de la APS y la perspectiva de derechos por las siguientes razones:

→ El conjunto de pactos, tratados y acuerdos internacionales sobre derechos humanos, a los cuales Argentina adhirió con la reforma de la Constitución del año 1994, puede actuar como un marco normativo a partir del cual los actores del sector salud comiencen a construir consensos para la formulación de políticas de APS.
→ Este marco normativo permite la inclusión y el empoderamiento de actores hasta ahora excluidos de las decisiones que se toman en el sector.
→ La estrategia de APS con enfoque de derechos operacionaliza un discurso alternativo en salud que, hasta el momento, solo había sido formulado como consigna.

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril, 2009

→ La articulación entre la APS y el enfoque de derechos permite tender puentes para la formulación de políticas de salud entre dos discursos (discurso sanitario y discurso de derechos humanos).

→ El grado de integración de la APS con el enfoque de derechos puede dirimir la tensión que se estableció desde la Conferencia de Alma Ata entre formas diferentes de concebirla, reorientándola desde una política focalizada y selectiva hacia una estrategia universal de atención.

Para establecer la relación entre APS y enfoque de derechos es necesario abordar tres niveles de análisis: a nivel macrosocial establecer las reglas que inciden en el cumplimiento del derecho a la salud. Tales decisiones se refieren a los derechos al acceso, a la cobertura, al financiamiento y a la macrorregulación. A nivel intermediario o nivel meso, es importante observar la implementación de mecanismos operativos para la participación social, la rendición de cuentas, la comunicación e información a la población, la intersectorialidad, entre otros (22). Un tercer nivel de análisis, el abordaje de los aspectos que se refieren a la interacción entre el equipo de salud y la población, es decir a nivel microsocial, constituyen también un importante campo de intervención a los fines de transformar la concepción tradicional con la cual se prestan los servicios de salud, es decir, transformar a los usuarios de pacientes asistidos en sujetos de derechos.

La existencia del marco normativo internacional de los derechos humanos establece la obligación de implementar políticas para que se den estas condiciones. Sin embargo, hay una diferencia importante entre los ideales incluidos en el marco internacional de los derechos humanos y la cotidiana realidad de las gestiones locales y de la gran mayoría de la población latinoamericana. El desarrollo de capacidades institucionales para la implementación de la estrategia de APS permitiría achicar esa brecha en lo referido al derecho a la salud.

Ahora bien, llegados a este punto, nos parece relevante evidenciar, a través del análisis de un caso en particular, lo sucedido recientemente en la vinculación entre estrategia de APS y garantía del derecho a la salud. Para ello se tomará en consideración la legislación sanitaria producida en la provincia de Córdoba (Argentina) durante los procesos de reforma sectorial desarrollados en la última década.

LA APS EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA (ARGENTINA)

El sector salud en la provincia de Córdoba ha reproducido de manera fiel las características del sistema de salud a nivel nacional. El modelo conformado a partir de la década del '40, pero que se consolida recién durante los años '60 y '70, se distinguió por estar constituido por tres subsectores (estatal, obras sociales y privado) que funcionaron con un bajo o nulo nivel de coordinación entre sí, provocando fragmentación, superposición e irracionalidad en el uso de los recursos; en definitiva, una enorme brecha entre éstos y los resultados sanitarios obtenidos.

Esta falta de coordinación entre los subsectores no significa que hayan funcionado como compartimentos estancos, sino que, por el contrario, se desarrollaron importantes interacciones entre sí que ayudaron a modelar al sistema. Ejemplo conocido de esto es la manera en que los recursos provenientes de la Seguridad Social, en lugar de canalizarse hacia los efectores estatales, terminaron apuntalando el crecimiento sin controles ni regulaciones de la medicina privada. También, la forma en que los efectores del Estado, no solo se ocupan de la población vulnerable sin otro tipo de cobertura, sino que, a su vez, terminan subsidiando al resto del sistema al financiar las prestaciones médicas de mayores costos (enfermedades catastróficas o atención de las urgencias, por ejemplo).

En definitiva, lo que se conforma a fines de los años '60 es un modelo resultante de una trama compleja de negociaciones y presiones mutuas entre las grandes corporaciones del sector y el Estado. Así, corporaciones médicas, corporaciones sindicales y Estado conforman una alianza, denominada por algunos autores como Pacto Corporativo, en donde los intereses políticos y económicos derivados de la disputa por la apropiación de los recursos del sistema prevalecieron por sobre la racionalidad sanitaria (23).

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril, 2009

Este modelo, aunque con algunas particularidades locales, se estructura también en la provincia de Córdoba.

Pues bien, entre estas particularidades, hay que resaltar el lugar que ocupó en este modelo la jurisdicción provincial del subsector estatal. En este sentido, la citada jurisdicción desempeñó tradicionalmente un lugar preponderante en el ordenamiento sanitario provincial, en desmedro de los ámbitos nacionales y municipales.

El Estado provincial alcanza a tener, a finales de la década del '80, alrededor de 500 efectores (desde postas sanitarias hasta hospitales de máxima complejidad) distribuidos en todo el territorio de su competencia, lo que lo convierte en un referente insoslayable en el campo de la atención médica y le otorga fuerte presencia en los mercados de la salud de la jurisdicción. Esto, además, le brindó un lugar preponderante en el mercado de trabajo sectorial. El Estado provincial ha sido, por lo ya apuntado, una fuente importante de empleo para los profesionales de la salud, en particular los médicos.

Recién en el marco de la reforma de la Constitución Provincial de 1987, y debido a las nuevas tendencias descentralizadoras de los servicios públicos, se comienza a plantear la necesidad de acotar la jurisdicción provincial en beneficio de los municipios, para lo cual se inicia el proceso de descentralización de todos los efectores sanitarios correspondientes al primer nivel de complejidad que culmina en el año 1996.

Debe decirse que, históricamente, pero de manera más enfática a partir de la citada reforma constitucional, debido a que lo incorpora de manera explícita, las diferentes autoridades ministeriales han sostenido un discurso garantista del Estado en relación al derecho a la salud. Además, en los discursos sanitarios provinciales, la estrategia de APS aparece como la herramienta más idónea para garantizar este derecho en el ámbito provincial.

Sin embargo, en la provincia de Córdoba, tal como sucedió en la Argentina y en la mayoría de los países de América Latina, en las últimas tres décadas, ha sido poco lo que se avanzó en la conformación de una red de efectores sanitarios consistente con los criterios de la Declaración de Alma Ata. Por el contrario, la implementación de la APS en la provincia fue limitándose al desarrollo, en todo el ámbito de la misma, de una extensa red de efectores de baja complejidad, en la mayoría de los casos, desarticulados del resto del sistema. Desarticulación que se acentúa a partir de 1987 con el proceso de descentralización, debido a que se inicia el cambio de jurisdicción de los efectores sanitarios de baja complejidad en un sentido descendente hacia los municipios y comunas provinciales (24). Así, APS se transforma en sinónimo de primer nivel de atención en los ámbitos sanitarios provinciales.

Ahora bien, a pesar de que el concepto de APS fue tomando este significado en la provincia, el mismo no implicaba limitaciones o condicionalidades para el acceso a los efectores definidos de esta manera. En este sentido, aún reconociendo que, tanto en el país como en la provincia, los efectores públicos, en particular los de baja complejidad, atendieron tradicionalmente a los sectores más pobres de la población, en la provincia de Córdoba la oferta de servicios se sostuvo siempre de manera universal, abierta a todo aquel que la requiriera, en tanto el Estado se consideraba garante del derecho a la salud de todos los ciudadanos de la misma.

Es recién en el marco de las políticas de reforma sectorial iniciadas a finales de la década del '90, con asistencia técnica y financiera del BID y BM (25), cuando se empiezan a elaborar normativas sanitarias que comienzan a redefinir el sentido de la APS en una dirección mucho más restringida a la que imperaba en la provincia.

NUEVA LEGISLACIÓN SANITARIA EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA (ARGENTINA):

UN CASO DE REGRESIVIDAD EN LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD

Desde mediados de la década del '80, cuando ya empiezan a hacerse evidentes las limitaciones fiscales del Estado provincial, los diversos gobiernos de la provincia de Córdoba, llevan adelante procesos de transformación del sector salud provincial con el propósito de mejorar su funcionamiento y adecuarlo al nuevo escenario fiscal y financiero.

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril, 2009

Sin embargo, hay que reconocer que la mayor parte de este proceso se llevó adelante sin modificar, a través de una legislación específica, el sentido de la responsabilidad del Estado provincial en materia sanitaria y los valores que éste debía promover en la materia.

A pesar de que en muchas ocasiones los procesos de ajuste provincial que involucraron al sector salud no permitieron cumplir con algunos de los imperativos normativos existentes en la materia, los diversos gobiernos provinciales siguieron sosteniendo, aunque más no fuera en el discurso, la responsabilidad del Estado provincial en la garantía del derecho a la salud de manera universal y la necesidad de conformar sistemas de seguridad social con características integrales.

Estos requerimientos hacia el Estado provincial surgían de la letra de la nueva Constitución Provincial, reformada en 1987, que había incorporado un extenso listado de derechos y garantías en materia de derechos sociales. Así, es posible leer en el texto constitucional (26):

> *Del trabajador*
> Artículo 23. – Todas las personas en la provincia tienen derecho:
> 6. A que se prevean y aseguren los medios necesarios para atender las exigencias de su vida y de la familia a su cargo, en caso de accidente, enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, situación de desempleo y muerte, que tienda a un sistema de seguridad social integral.
>
> *Salud*
> Artículo 59. – La salud es un bien natural y social que genera en los habitantes de la provincia el derecho al más completo bienestar psicofísico, espiritual, ambiental y social.
> El Gobierno de la Provincia garantiza este derecho mediante acciones y prestaciones promoviendo la participación del individuo y de la comunidad. Establece, regula y fiscaliza el sistema de salud, integra todos los recursos y concerta la política sanitaria con el Gobierno Federal, Gobiernos Provinciales, Municipios, e instituciones sociales públicas y privadas.
> La Provincia, en función de lo establecido en la Constitución Nacional, conserva y reafirma para sí la potestad del poder de policía en materia de legislación y administración sobre la salud.
> El sistema de salud se basa en la universalidad de la cobertura, con acciones integrales de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, e incluye el control de los riesgos biológicos, sociales y ambientales de todas las personas, desde su concepción. Promueve la participación de los sectores interesados en la solución de la problemática sanitaria. Asegura el acceso en todo el territorio provincial, al uso adecuado, igualitario y oportuno de las tecnologías de salud y recursos terapéuticos.

De la lectura de estos dos artículos constitucionales se desprende que las obligaciones que en materia de salud tiene el Estado provincial son de suma importancia. No solo debe garantizar el derecho a la salud, sino que debe hacerlo de manera universal, igualitaria y mediante la construcción de un sistema de seguridad social que alcance a todos los ciudadanos de la provincia de forma integral. Es posible afirmar que el mandato constitucional surgido de la reforma de 1987 se encuentra en sintonía con los preceptos de la legislación internacional sobre la garantía de los derechos sociales.

Ahora bien, a partir del año 1999, y en el marco de una nueva etapa en el proceso de reformas sectoriales, un nuevo gobierno provincial asumido en dicha fecha, lanza un programa de reformas para el sector salud que, entre otras cosas, propicia la sanción legislativa de una nueva normativa provincial en la materia, que expresará la orientación del proceso de transformaciones sectoriales.

Así, en ese momento, el gobierno provincial establece un conjunto de acuerdos mediante los cuales organismos financieros internacionales (BM y BID) se comprometen a financiar el proceso de reforma sectorial a cambio de un conjunto de políticas que el Estado provincial debía llevar adelante en la materia.

Para darle marco legal a estos acuerdos reformistas se sancionan, en enero de 2000, las tres leyes que genéricamente se conocen como del "Nuevo Estado" de Córdoba (Ley Nº 8835 Carta del Ciudadano, Ley Nº 8836 Modernización del Estado y Ley Nº 8837 Incorporación de capital privado al Sector Público).

Las leyes fueron presentadas con carácter excepcional y, además, dotadas de un espíritu

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril, 2009

refundacional del Estado, no asociándolas a límites temporales o de gestión alguna. Así, estas leyes parecían ser una suerte de nuevo tratado de límites entre la sociedad, el Estado y el mercado, el cual debía trascender en el tiempo a la propia gestión que las impulsaba.

Ahora bien, en cuanto a las responsabilidades del Estado con relación a los servicios de salud, también quedan redefinidas en este marco legal. La Ley Nº 8835 "Carta del Ciudadano", que pretende erigirse en un nuevo "catálogo" de deberes y derechos que permitiría estructurar hacia el futuro la relación entre Estado y ciudadanos, produce importantes modificaciones al respecto. Así, a partir de la misma, se hace una interpretación absolutamente diferente a la tradicional sobre las responsabilidades del Estado en relación a los servicios de atención médica. En el texto legal puede leerse (27):

> Artículo 6.– TODAS las personas en la Provincia tienen derecho a:
> a) Recibir atención médica adecuada en los hospitales públicos cuando careciera de seguro u obra social y se encontrara desempleado. Si en el momento de requerir el servicio, no existiera capacidad asistencial, el hospital deberá derivarlo a otro centro médico privado a costa del Estado Provincial. [Mayúsculas del original]

Pues bien, el nuevo marco normativo considera que solo un sector determinado de la población estaría habilitado para exigirle servicios adecuados de atención médica al Estado, lo que marcaría el pasaje de una concepción universalista a otra residual en el terreno de la política sanitaria.

Pero además, la comparación con el texto constitucional, nos evidencia que esta interpretación "minimalista" de las obligaciones estatales con relación al derecho a la salud transforma a esta norma en absolutamente regresiva con relación al nivel de obligaciones y responsabilidades que en materia sanitaria se desprenden de la Constitución Provincial.

Sin embargo, es con la sanción de la Ley N° 9133 "De Garantías Saludables" (28) aprobada en noviembre de 2003, cuando el Gobierno Provincial explicita los principios sobre los que debe funcionar un Sistema Integrado Provincial de Atención de la Salud.

La conformación de este Sistema, según el texto legal, tiene un doble propósito. Por un lado, terminar con la crónica ineficiencia en el uso de los recursos sanitarios y, por el otro, implementar la estrategia de APS como eje articulador del nuevo sistema. Para lograr lo anterior, la Ley propicia:

→ Integración y articulación de todos los efectores en torno al desarrollo de la estrategia de APS en todos los niveles de complejidad.
→ Determinación de la cobertura básica universal mediante la definición de una canasta básica prestacional.
→ Asignación creciente de los recursos hacia los programas de promoción y prevención en salud.
→ Respeto al criterio de descentralización de los servicios pero integrándolos en redes de derivación de complejidad creciente.
→ Cumplimiento de las acciones de salud mediante el criterio denominado de población bajo responsabilidad nominada.
→ Asignación de una clave única de identificación sanitaria de personas, a los fines de implementar la Historia Clínica Única en toda la provincia.
→ Coordinación de inversiones con las distintas jurisdicciones estatales y con el sector privado.
→ Establecer indicadores de cumplimiento de las acciones previstas en la Ley.

El análisis de la Ley permite realizar algunas consideraciones. En primer lugar, se considera que la estrategia de APS debe ser la articuladora del Sistema Integrado de Salud Provincial, otorgándosele a la misma "*status*" legal.

Por otra parte, la aparición de la propuesta de definir una canasta universal y básica prestacional viene a completar el proceso de reconceptualización de las obligaciones del Estado en relación a la salud. Si la Ley N° 8835 hace referencia a la población sobre la que el Estado reconoce su responsabilidad, la Ley N° 9133 lo hace sobre el tipo y cantidad de prestaciones exigibles.

La norma aquí analizada no establece los criterios con los que se definirá esta canasta básica prestacional, por lo cual no es posible precisar si se trata de un "piso" o un "techo" en términos de

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril, 2009

exigibilidad del derecho a la salud. Sin embargo, debe recordarse aquí que, así como la legislación internacional sobre la materia reconoce la posibilidad de definir mínimos a garantizar y la necesaria gradualidad a la hora de ampliar el alcance y los contenidos de las prestaciones sanitarias, también establece que los mínimos definidos deben representar el máximo esfuerzo posible en un momento determinado y debe explicitarse un programa progresivo de ampliación de coberturas y prestaciones con el fin de alcanzar el máximo de salud posible.

En este sentido, la Ley N° 9133 no estaría cumpliendo con estos estándares internacionales, lo que le otorgaría, con relación al concepto de contenidos mínimos o esenciales, un carácter igualmente regresivo al de la Ley N° 8835.

Finalmente, debe decirse que, aunque la Ley N° 9133 aparece como un marco regulatorio para el conjunto del sistema de salud provincial, el cual debería organizarse en base a la estrategia de APS, es necesario advertir algunos riesgos. Así, en el contexto de intervenciones selectivas –tal como lo establece la Ley N° 8835– de la aparición de la idea de canasta básica prestacional –tal como quedó establecido en la Ley N° 9133–, y en un marco de debilidad regulatoria estatal para disciplinar al conjunto de actores del sistema de salud provincial, la estrategia de APS aquí legalizada se transformaría en la modalidad estatal de abordaje de los problemas sanitarios de los sectores más vulnerables de la sociedad.

La perspectiva de una APS renovada y garantizadora del derecho a la salud se vería reducida a una versión "minimalista" y regresiva, que abandonando la pretensión de integralidad, se limita a ofrecer prestaciones mínimas y selectivas a los más pobres.

CAPACIDADES INSTITUCIONALES PARA UNA APS CON ENFOQUE DE DERECHOS

El análisis de la normativa sanitaria de la provincia de Córdoba permite constatar la vigencia de una legislación contraria a la universalización del derecho a la salud. Un entramado legal que no se ajustaría a las indicaciones de los tratados internacionales en materia de derechos económicos, sociales y culturales (DESC) debido a su carácter regresivo en comparación al nivel de garantías obtenidas con la reforma constitucional provincial de 1987.

Ahora bien, el proyecto reformista explicitado a través de estas normas, ha quedado inconcluso debido a la volatilidad del escenario político provincial ocasionada, fundamentalmente por la finalización del Gobierno provincial que lo había impulsado y por la habitual falta de continuidad y consenso en torno a las políticas sanitarias provinciales que se evidencia con cada recambio de autoridades gubernamentales. Sin embargo, la normativa analizada está aún vigente, por lo cual consideramos pertinente seguir abogando para que la misma se adecúe a los estándares internacionales con relación a la garantía del derecho a la salud.

Sin embargo, adherir a una política de APS con enfoque de derechos, no se logra a partir de una mera reconversión discursiva o legal. Las posiciones puramente "voluntaristas" no están en condiciones de sortear las vallas institucionales que hay que vencer a los fines de implementar una política de APS con enfoque de derechos. Este objetivo requiere el desarrollo de las capacidades institucionales necesarias, ya que de ellas se desprenderían las opciones efectivamente posibles (29).

En este sentido, las políticas pasadas actúan como constreñimientos para los cambios. Existen programas, proyectos y estructuras que presentan sus propias rutinas y comportamientos normalizados sobre los cuales los actores políticos y los cambios en la legislación tienen poco dominio. Las explicaciones presentadas por múltiples trabajos de investigación sobre microsociología administrativa pueden aplicarse a nuestro caso en estudio. Se ha podido demostrar que la implementación de nuevos dispositivos de acción pública tropieza con los hábitos reales de los trabajadores involucrados (30).

La estrategia de APS en tanto política pública obliga al Estado a un enorme esfuerzo de coordinación y cooperación entre diferentes agencias. La APS, podría decirse, obliga a una gestión de la intersectorialidad que rompe con los tradicionales modelos de la gestión pública. Modelos centrados en la lógica de la especialización, que

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril, 2009

favorecen la división del trabajo, que priorizan las estructuras jerárquicas y verticales de mando y control. La atomización y la construcción de compartimentos estancos es la característica sobresaliente de los modelos de gestión centrada en los "sectores".

Además, a lo anterior, debe agregarse que la institucionalidad política dominante obstaculiza el desarrollo de políticas intersectoriales: la fragmentación de las instituciones y la distribución de los Ministerios y Secretarías como recursos de poder que se reparten entre los grupos o líneas que participan del partido gobernante dificulta la intersectorialidad y aumenta sus costos.

La introducción de una política de APS con enfoque de derechos requiere un modelo de gestión pública diferente.

La gestión de la APS implica generar una mayor integralidad en las acciones emprendidas por el aparato público. Apunta a lograr una mayor eficiencia en el uso de los recursos, a la vez que una mayor eficacia y efectividad en las acciones. Contribuye a articular las distintas propuestas sectoriales en función de un objetivo común, otorgando una respuesta más integral a las necesidades de la población potenciando un mejor uso de los recursos.

Así, en los últimos años, han adquirido gran importancia las visiones de las políticas públicas que sostienen la transversalidad (a), el gobierno en red (b) y el gobierno multinivel (c); además, han crecido las situaciones en las que se requieren políticas y/o acciones integrales, lo que ha reforzado la necesidad de gestión intersectorial.

Una perspectiva intersectorial y transversal de la APS debería sacar a ésta de espacios limitados, "voluntaristas" y bien intencionados o de estructuras externas, técnicamente irreprochables pero absolutamente "desarraigadas" de la gestión pública "real". Por el contrario, aquella perspectiva debería generar múltiples oportunidades al potenciar los recursos humanos y económicos, y que las propuestas adquieran una visión integral contrarrestando la tendencia a la fragmentación que caracteriza el trabajo estatal.

La transversalidad de la APS se apoya en la construcción de consensos interinstitucionales y no en la imposición u orientación sobre "recetas" de políticas provenientes "desde arriba o desde afuera". Además, la participación de distintas instituciones en la formulación de propuestas consensuadas le otorga mayor legitimidad a los procesos de política pública y mejora sus perspectivas de sostenibilidad intertemporal. Finalmente, pero no de menor importancia, una perspectiva transversal de la APS impediría que la misma sea patrimonio de una profesión (los médicos). La estrategia de APS, garante del derecho a la salud de manera universal, sostén de un modelo social de salud-enfermedad y generadora de la cooperación interinstitucional, requiere de abordajes complejos, plurales e interdisciplinarios. La transversalización de la APS se ofrece como el correlato político de la transdisciplina en el ámbito de la investigación (31).

Pues bien, y retomando la discusión acerca de los principios de obligatoriedad de progresividad y prohibición de regresividad, es necesario remarcar que la materialización del ejercicio de los derechos humanos en el campo de la salud, no es sencilla. Si bien la existencia de un marco normativo internacional es un avance importante, su aplicación efectiva es de suma complejidad. El aumento progresivo de la atención a la salud y el disfrute pleno de este derecho guardará relación con las referencias y estándares que ofrece la categoría del más alto nivel posible de salud en cada ámbito local, la cual está vinculada a las distintas concepciones de salud que toma en consideración las maneras en que se entiende el bienestar y el orden social. Es necesario reconocer que el más alto nivel de salud posible está basado en la cultura que, paradójicamente, se enfrenta con el carácter transversal y universal de los derechos humanos. Una cultura cuyos cambios, además, no son siempre unívocos ni unidireccionales. Por lo tanto, se requerirá siempre de una ciudadanía vigilante y crítica, atenta para evitar el retroceso en el nivel de garantías estatales alcanzadas en el terreno de los derechos sociales.

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril, 2009

NOTAS FINALES

a. La transversalidad en la Administración Pública se da en el momento en el que una o varias políticas públicas son objeto de interés de una o más dependencias o entidades gubernamentales, de tal modo que, la instrumentación de acciones gubernamentales, toca necesariamente dos o más ámbitos de gobierno (federal, estatal o municipal), con lo cual cada uno de ellos actúa en el marco de su responsabilidad, pero siempre de forma coordinada, a efecto de que estas acciones tengan resultados óptimos.

b. Gobierno en red significa el reconocimiento de la complejidad como elemento intrínseco del proceso político; un sistema de participación y colaboración de actores plurales en el marco de redes plurales y una nueva posición de los poderes públicos en los procesos de gobierno, lo que significa la adopción de nuevos roles e instrumentos.

c. El gobierno multinivel implica la coordinación de la actuación de las administraciones en función de los objetivos a conseguir y los proyectos a desarrollar en el territorio de que se trate. La coordinación de la actuación de los distintos niveles no puede articularse por la vía jurídico-administrativa, sino que es fruto de la negociación de colaboración de tipo político (32).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Resolución CD45.R3. Los objetivos de desarrollo del milenio y las metas de salud. [En línea] Washington DC: OPS; 2004 [fecha de acceso 20 de agosto de 2008]. URL disponible en: http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD45.r3-s.pdf

2. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington DC: OPS; 2005 [fecha de acceso 20 de agosto de 2008]. URL disponible en: http://www.paho.org/spanish/ad/ths/os/APS-documentoposicion19-07-05.pdf

3. Abramovich V. Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. Revista de la CEPAL. 2006;(88):35-50.

4. Naciones Unidas, Consejo Económico y Social. Los derechos económicos, sociales y culturales. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt. [En línea] Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2006 [fecha de acceso 22 de agosto de 2008]. URL disponible en: http://www.unfpa.org/derechos/documents/relator_salud_2006.pdf

5. Abramovich V. Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo de América Latina. [En línea] Banco Interamericano de Desarrollo; 2004 [fecha de acceso 22 de agosto de 2008]. URL disponible http://www.iadb.org/sds/doc/SOC-Unaaproximacionalenfoque-s.pdf

6. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación General 14. Ginebra: CESCR; 2000. (E/C.12/2000/4).

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril, 2009

7. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. [En línea] Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos [fecha de acceso 12 de agosto de 2008]. URL disponible en: http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/a_cescr_sp.htm

8. Declaración Universal de los Derechos Humanos. [En línea] Organización de las Naciones Unidas [fecha de acceso 12 de agosto de 2008]. URL disponible en: http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm

9. Naciones Unidas. Declaración y Programa de Acción de Viena. [En línea] Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. [fecha de acceso 24 de agosto de 2008]. URL disponible en: http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.Sp?OpenDocument

10. Courtis C, compilador. Ni un paso atrás: la prohibición de regresividad en materia de derechos sociales. Buenos Aires: Editores del Puerto; 2006.

11. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. Kazajstán: OMS; 1978.

12. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Temas de discusión. Washington: OPS; 1993. (Serie HSS/SILOS 17).

13. Bloch C. Atención Primaria de Salud en Argentina, desarrollo y situación actual. [Mesa Redonda]. En: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas; 1988. p.13-47.

14. Testa M. Atención ¿Primaria o Primitiva? de la salud. En: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas; 1988. p. 75-90.

15. Walsh J, Warren K. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. New England Journal of Medicine. 1979; 301:967-974.

16. Boland R, Young M. The strategy, cost and progress of selective primary health care. Bulletin of the Pan American Health Organization. 1982;16:233-241.

17. United Nations Children's Fund. States of the World's Children 1982-1983. Nueva York: Unicef; 1982.

18. Debabar B. Atención Primaria de la Salud: ¿selectiva o integral? Foro Mundial de la Salud. 1984;5(4):347-350.

19. De Kadt E, Tasca R. Promover la equidad. Un nuevo enfoque desde el sector salud. Washington: OPS; 1993. (Serie Salud en el Desarrollo).

20. Grodos D, de Betuna X. Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del Tercer Mundo. Cuadernos Médico Sociales. 1988; 46:71-86.

21. Saltman R, Rico A, Boerma W, editores. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Londres: European Observatory on Health Systems and Policies and Open University Press; 2006.

22. Belmartino S. Articulaciones de nivel macro y meso en la Reforma de la Seguridad Social Médica en Argentina. Ponencia presentada en el Primer Congreso Nacional de Políticas Sociales; 30-31 de mayo de 2002; Quilmes (Provincia de Buenos Aires), Argentina. [En línea] Universidad Nacional de Quilmes; 2003 [fecha de acceso 26 de agosto de 2008]. URL disponible en: http://ps.unq.edu.ar/ponencias/923.rtf

23. Belmartino S. Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo. Cuadernos Médico Sociales. 1994;68:5-26.

24. Ase I. La descentralización de servicios de salud en Córdoba (Argentina): Entre la confianza democrática y el desencanto neoliberal. Salud Colectiva. 2006;2(2):199-218.

25. La Serna C, Ase I, Burijovich J. La reforma del sector salud en la provincia de Córdoba. En: Políticas de Atención Primaria de la Salud. Córdoba: Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública, Universidad Nacional de Córdoba; 2007.

26. Constitución de la Provincia de Córdoba. [En línea] Poder Legislativo de la Provincia de Córdoba [fecha de acceso 26 de agosto de 2008]. URL disponible en: http://www.legiscba.gov.ar/Docs/Constituci%F3n%20de%20la%20Provincia%20de%20C%F3rdoba.pdf

27. Ley 8835 Carta del Ciudadano. Título II. Capítulo 1. Art. 6, Derechos a la Salud. [En línea] Poder Legislativo de la Provincia de Córdoba [fecha de acceso 18 de agosto de 2008]. URL disponible en: http://www.legiscba.gov.ar/Temp/214719_Ley8835.doc

28. Ley 9133 De Garantías Saludables. [En línea] Poder Legislativo de la Provincia de Córdoba [fecha de acceso 18 de agosto de 2008]. URL disponible en: http://www.legiscba.gov.ar/Temp/404384E03.doc

29. Pautassi L, Burijovich J. Capacidades institucionales para una mayor equidad en el empleo. En: Rico N, Marco F, coordinadores. Mujer y empleo. La reforma de salud y la salud de la reforma en Argentina. Buenos Aires: CEPAL, Siglo XXI Editores; 2006. p. 301-338.

30. Surel Y. Relaciones entre la política y las políticas públicas. En: Franco R, Lanzaro J, coordinadores. Política y políticas públicas en los procesos de reforma de América Latina. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores; 2006.

31. Rico MN, Marco F, coordinadoras. Mujer y empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina. Buenos Aires: CEPAL, Siglo XXI Editores; 2006.

32. Blanco Y, Gomá R. Gobiernos locales y redes participativas: retos e innovaciones. Ponencia presentada en el VII Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública; 8 al 11 de octubre de 2002; Lisboa, Portugal. [En línea] Revista del CLAD Reforma y Democracia. 2003;(26) [fecha de acceso 20 de agosto de 2008]. URL disponible en: http://www.clad.org.ve/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma-democracia/articulos/026-junio-2003/0043507

FORMA DE CITAR

Ase I, Burijovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. Salud Colectiva. 2009;5(1):27-47.

Recibido el 26 de mayo de 2008
Versión final presentada el 29 de septiembre de 2008
Aprobado el 14 de octubre de 2008